

保医発 0327 第 6 号
令和 6 年 3 月 27 日

地方厚生（支）局医療課長
都道府県民政主管部（局）
国民健康保険主管課（部）長
都道府県後期高齢者医療主管部（局）
後期高齢者医療主管課（部）長

} 殿

厚生労働省保険局医療課長
(公 印 省 略)

訪問看護計画書等の記載要領等について

訪問看護計画書等の記載要領等については、標記について、「訪問看護計画書等の記載要領等について」（令和 2 年 3 月 27 日保医発 0327 第 2 号）により取り扱われてきたところであるが、「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法の一部を改正する件」（令和 6 年厚生労働省告示第 62 号）等が公布され、令和 6 年 6 月 1 日から適用されること等に伴い、その取扱いについては、下記によることとしたので、その実施に遺漏のないよう関係者に対して周知徹底を図りたい。

なお、これに伴い、「訪問看護計画書等の記載要領等について」（令和 2 年 3 月 27 日保医発 0327 第 2 号）は、令和 6 年 5 月 31 日限り廃止する。

記

第一 訪問看護計画書等の記載要領について

1 一般的事項

- (1) 訪問看護計画書（以下「計画書」という。）及び訪問看護報告書（以下「報告書」という。）は、別紙様式 1 及び 2 を標準として作成するものであること。ただし、精神疾患を有する者等を対象として指定訪問看護を行う場合にあつては、その特性を踏まえ別紙様式 3 及び 4 を標準として作成するものであること。
- (2) 訪問看護記録書（以下「記録書」という。）は、2 の(3)に示すところに従い、各訪問看護ステーションにおいて、参考様式 1 から 4 までに準じて、利用者毎に作成すること。
- (3) 訪問看護ステーションの管理者は、主治医からの訪問看護指示書（以下「指示書」という。）、計画書及び報告書並びに記録書の内容について、助言、指導、確認等十分な管理を行い、指定訪問看護の提供等に遺漏のないよう努めること。
- (4) 署名又は記名・押印を要する文書については、自筆の署名（電子的な署名を含む。）

がある場合には印は不要であること。

2 計画書等の記載要領

(1) 計画書に関する事項

- ① 「利用者氏名」、「生年月日」、「要介護認定の状況」及び「住所」の欄には必要な事項を記入すること。
- ② 「看護・リハビリテーションの目標」及び「看護の目標」の欄について
主治医の指示書及び訪問による利用者の療養状況を踏まえて看護及びリハビリテーションの目標を設定し、記入すること。
- ③ 「年月日」の欄について
計画書の作成年月日及び計画の見直しを行った年月日を記入すること。
- ④ 「療養上の課題・支援内容」及び「評価」の欄について
看護及びリハビリテーションの目標を踏まえ、指定訪問看護を行う上での療養上の課題及び支援内容並びに評価を具体的に記入すること。
- ⑤ 「衛生材料等が必要な処置の有無」「処置の内容」「衛生材料等」及び「必要量」の欄について
衛生材料等が必要になる処置の有無について○をつけること。また、衛生材料等が必要になる処置がある場合、「処置の内容」及び「衛生材料等」について具体的に記入し、「必要量」については1ヶ月間に必要となる量を記入すること。
- ⑥ 「訪問予定の職種」の欄について
訪問予定の職種及びその訪問日について、利用者に分かるように記載すること。利用者の状態や提供するサービスの状況等によって、訪問予定の職種と、実際に訪問を行う職種とが異なっても差し支えないが、利用者への十分な説明に努めること。なお、看護職員のみによる訪問の場合には、当該欄の記載をしなくても差し支えない。

(記載例1)

1・8・15・22・29日：看護師
4・11・18・25日：理学療法士又は作業療法士

(記載例2)

看護職員：週に2回、月・金曜日に訪問
理学療法士：週に1回、木曜日に訪問

- ⑦ 「備考」の欄について
利用者に対する訪問の計画、特別な管理を要する内容、他の保健、医療又は福祉サービスの利用状況、その他留意すべき事項等を記入すること。

(2) 報告書に関する事項

- ① 「利用者氏名」、「生年月日」、「要介護認定の状況」及び「住所」の欄については、必要な事項を記入すること。
- ② 「訪問日」の欄について
イ 指定訪問看護を実施した年月を記入すること。
ロ 欄内の暦については、指定訪問看護を行った日について、保健師、助産師、看護師又は准看護師（精神科訪問看護計画書においては保健師、看護師又は准看護師）による訪問日を○で、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士（精神科訪問看護計画書においては作業療法士）による訪問日を◇で囲むこと。特別訪問看護指示書又は精神科特別訪問看護指示書に基づく訪問看護を実施した日を△で囲むこと。1日に2回以上訪問した日を◎で、長時間訪問看護加算又は長時間精神科訪問看護加算を算定した日を□で囲むこと。また、精神科訪問看護報告書におい

ては、30分未満の訪問看護を実施した日に✓印をつけること。

③ 「病状の経過」の欄について

利用者の病状、日常生活動作（ADL）の状況等について記入すること。

④ 「看護・リハビリテーションの内容」及び「看護の内容」の欄について

実施した指定訪問看護の内容について具体的に記入すること。

⑤ 「家庭での介護の状況」及び「家族等との関係」の欄について

利用者の家族等の介護の実施状況、健康状態、療養環境等について必要に応じて記入すること。精神疾患を有する者を対象として指定訪問看護を行う場合にあっては、当該報告書中「家族等との関係」欄には、利用者と当該利用者の家族、友人等との対人関係について記入すること。

⑥ 「衛生材料等の使用量および使用状況」の欄について

指定訪問看護における処置に使用した衛生材料等の名称、使用及び交換頻度、1ヶ月間における使用量を記入すること。

⑦ 「衛生材料等の種類・量の変更」の欄について

衛生材料等の変更の必要性の有無について○をつけること。変更内容は、利用者の療養状況を踏まえた上で、処置に係る衛生材料等の種類・サイズ・量の変更が必要な場合に記入すること。

⑧ 「情報提供」の欄について

訪問看護情報提供療養費の算定に係る情報提供を行った場合は、その情報提供先と情報提供日を記入すること。情報提供先及び情報提供日が複数ある場合には、記入欄を適宜追加して記載すること。

⑨ 「特記すべき事項」の欄について

前記の②から⑧までの各欄の事項以外に主治医に報告する必要がある事項を記入すること。また、頻回に訪問看護を行った場合、提供した訪問看護の内容についても記入すること。

⑩ 「GAF」の欄について

精神科訪問看護報告書においては、月の初日の指定訪問看護時におけるGAF尺度により判定した値及び判定した年月日を記入すること。

⑪ 継続して指定訪問看護を提供している者のうち、当該月に1回しか指定訪問看護を実施しなかった場合には、(3)の①の記録書Ⅱの複写を報告書として差し支えないこと。

(3) 記録書に関する事項

① 利用者ごとに、初回訪問時等に把握した利用者の基本的な情報、主治医に係る情報などを記入する記録書（以下「記録書Ⅰ」という。）及び訪問毎に記入する記録書（以下「記録書Ⅱ」という。）を作成すること。

② 記録書Ⅰには、初回訪問年月日、訪問職種、主たる傷病名、現病歴、既往歴、療養状況、介護状況、訪問看護の依頼目的、緊急時の主治医・家族等の連絡先、指定居宅介護支援事業所等の連絡先、その他関係機関との連絡事項等を記入すること。

また、記録書Ⅱには、訪問年月日、訪問職種、病状・バイタルサイン、実施した看護・リハビリテーションの内容等（精神科訪問看護に係る記録書Ⅱには、食生活・清潔・排泄・睡眠・生活リズム・部屋の整頓等、精神状態、服薬等の状況、作業・対人関係、実施した看護内容等）の必要な事項を記入すること。精神科訪問看護に係る記録書Ⅱにおいては、月の初日の指定訪問看護時には、GAF尺度により判定した値を記入すること。

訪問看護計画書

ふりがな 利用者氏名		生年月日	年 月 日 () 歳
要介護認定の 状況	自立 要支援 (1 2) 要介護 (1 2 3 4 5)		
住 所			
看護・リハビリテーションの目標			
年 月 日	療 養 上 の 課 題 ・ 支 援 内 容		評 価
衛 生 材 料 等 が 必 要 な 処 置 の 有 無			有 ・ 無
処置の内容	衛生材料 (種類・サイズ) 等	必要量	
訪問予定の職種 (※当該月に理学療法士等による訪問が予定されている場合に記載)			
備考			

上記の訪問看護計画書に基づき指定訪問看護又は看護サービスの提供を実施いたします。

年 月 日

事業所名
管理者氏名

殿

印

ふりがな 利用者氏名		生年月日	年 月 日 () 歳																																																																																				
要介護認定の 状況	自立	要支援 (1 2)	要介護 (1 2 3 4 5)																																																																																				
住 所																																																																																							
訪問日	<table border="0"> <tr> <td colspan="7">年 月</td> <td colspan="7">年 月</td> </tr> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td> </tr> <tr> <td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td> <td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td> </tr> <tr> <td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td> <td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td> </tr> <tr> <td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td> <td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td> </tr> <tr> <td>29</td><td>30</td><td>31</td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td>29</td><td>30</td><td>31</td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>		年 月							年 月							1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31					29	30	31					<p>保健師、助産師、看護師又は准看護師による訪問日を○、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問日を◇で囲むこと。特別訪問看護指示書に基づく訪問看護を実施した日を△で囲むこと。1日に2回以上訪問した日を◎で、長時間訪問看護加算を算定した日を□で囲むこと。 なお、右表は訪問日が2月にわたる場合使用すること。</p>
年 月							年 月																																																																																
1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7																																																																										
8	9	10	11	12	13	14	8	9	10	11	12	13	14																																																																										
15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21																																																																										
22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28																																																																										
29	30	31					29	30	31																																																																														
病状の経過																																																																																							
看護・リハビリテーションの内容																																																																																							
家庭での介護の状況																																																																																							
衛生材料等の使用量および使用状況	衛生材料等の名称： () 使用及び交換頻度： () 使用量： ()																																																																																						
衛生材料等の種類・量の変更	衛生材料等（種類・サイズ・必要量等）の変更の必要性： 有 ・ 無 変更内容																																																																																						
情報提供	訪問看護情報提供療養費に係る情報提供先： () 情報提供日： ()																																																																																						
特記すべき事項（頻回に訪問看護が必要な理由を含む）																																																																																							

上記のとおり、指定訪問看護の実施について報告いたします。

年 月 日

事業所名
管理者氏名

殿

印

精神科訪問看護計画書

ふりがな 利用者氏名		生年月日	年 月 日 () 歳
要介護認定の 状況	自立 要支援 (1 2) 要介護 (1 2 3 4 5)		
住 所			
看護の目標			
年 月 日	療 養 上 の 課 題 ・ 支 援 内 容		評 価
衛 生 材 料 等 が 必 要 な 処 置 の 有 無			有 ・ 無
処置の内容	衛生材料 (種類・サイズ) 等	必要量	
訪問予定の職種 (※当該月に作業療法士による訪問が予定されている場合に記載)			
備考			

上記の訪問看護計画書に基づき指定訪問看護を実施いたします。

年 月 日

事業所名
管理者氏名

殿

印

ふりがな 利用者氏名		生年月日	年 月 日 () 歳												
要介護認定の 状況	自立 要支援 (1 2) 要介護 (1 2 3 4 5)														
住 所															
訪問日	<table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td style="width:50%; text-align:center;">年 月</td> <td style="width:50%; text-align:center;">年 月</td> </tr> <tr> <td style="text-align:center;">1 2 3 4 5 6 7</td> <td style="text-align:center;">1 2 3 4 5 6 7</td> </tr> <tr> <td style="text-align:center;">8 9 10 11 12 13 14</td> <td style="text-align:center;">8 9 10 11 12 13 14</td> </tr> <tr> <td style="text-align:center;">15 16 17 18 19 20 21</td> <td style="text-align:center;">15 16 17 18 19 20 21</td> </tr> <tr> <td style="text-align:center;">22 23 24 25 26 27 28</td> <td style="text-align:center;">22 23 24 25 26 27 28</td> </tr> <tr> <td style="text-align:center;">29 30 31</td> <td style="text-align:center;">29 30 31</td> </tr> </table> <p>保健師、看護師又は准看護師による訪問日を○、作業療法士による訪問日を◇で囲むこと。精神科特別訪問看護指示書に基づく訪問看護を実施した日を△で囲むこと。1日に2回以上訪問した日を◎で、長時間精神科訪問看護加算を算定した日を□で囲むこと。30分未満の訪問看護を実施した日に✓印をつけること。 なお、右表は訪問日が2月にわたる場合使用すること。</p>			年 月	年 月	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	8 9 10 11 12 13 14	8 9 10 11 12 13 14	15 16 17 18 19 20 21	15 16 17 18 19 20 21	22 23 24 25 26 27 28	22 23 24 25 26 27 28	29 30 31	29 30 31
年 月	年 月														
1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7														
8 9 10 11 12 13 14	8 9 10 11 12 13 14														
15 16 17 18 19 20 21	15 16 17 18 19 20 21														
22 23 24 25 26 27 28	22 23 24 25 26 27 28														
29 30 31	29 30 31														
病状の経過															
看護の内容															
家族等との関係															
衛生材料等の 使用量および 使用状況	衛生材料等の名称： () 使用及び交換頻度： () 使用量： ()														
衛生材料等の 種類・量の変 更	衛生材料等（種類・サイズ・必要量等）の変更の必要性： 有 ・ 無 変更内容														
情報提供	訪問看護情報提供療養費に係る情報提供先： () 情報提供日： ()														
特記すべき事項（頻回に訪問看護が必要な理由を含む）		G A F													
		点 (年 月 日)													
		(※月の初日の指定訪問看護時の値を記載)													

上記のとおり、指定訪問看護の実施について報告いたします。

年 月 日

事業所名
管理者氏名

殿

印

利用者氏名		生年月日	年 月 日 () 歳		
住 所		電話番号	() -		
看護師等 氏名		訪問職種	保健師・助産師・看護師・准看護師 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士		
初回訪問年月日	年 月 日 () 時 分～ 時 分				
主たる傷病名					
現 病 歴					
既 往 歴					
療 養 状 況					
介 護 状 況					
生 活 歴					
	氏 名	年 齢	続 柄	職 業	特記すべき事項
家族構成					
主な介護者					
住 環 境					

訪問看護の 依頼目的										
要介護認定の 状況	自立		要支援 (1 2)		要介護 (1 2 3 4 5)					
ADLの状況 該当するものに○	移動	食事	排泄	入浴	着替	整容	意思疎通			
自立										
一部介助										
全面介助										
その他										
日常生活自立度	寝たきり度		J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2
	認知症の状況		I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M	
主治医等	氏 名									
	医療機関名									
	所 在 地									
	電 話 番 号									
緊急時の主治医・家族等の連絡先										
指定居宅介護支援事業所、特定相談支援事業所、障害児相談支援事業所の連絡先										
関係機関	連絡先			担当者			備考			
保健・福祉サービス等の利用状況										

訪問看護記録書 II

利用者氏名		看護師等氏名	
		訪問職種	保健師・助産師・看護師・准看護師 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士
訪問年月日	年 月 日 () 時 分～ 時 分		
利用者の状態 (病状) バイタルサイン 体温 ℃ 脈拍 /分 呼吸 /分 血圧 /			
実施した看護・リハビリテーションの内容			
その他			
備考			
次回の訪問予定日	年 月 日 () 時 分～		

利用者氏名		生年月日	年 月 日 () 歳		
住 所		電話番号	() -		
看護師等 氏名		訪問職種	保健師・看護師・准看護師 作業療法士		
初回訪問年月日	年 月 日 () 時 分～ 時 分				
主たる傷病名					
現 往 歴					
病 識					
療 養 状 況					
介 護 状 況					
生 活 歴					
	氏 名	年 齢	続 柄	職 業	特記すべき事項
家族構成					
主な介護者又は キーパーソン					
住 環 境					

訪問看護の 依頼目的				
日常生活等の 状況	食生活 清潔 排泄 睡眠 生活のリズム 部屋の整理 服薬状況 金銭管理 作業等の状況 対人関係 その他 :	援助の要否		備考
		要 要 要 要 要 要 要 要	・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	否 否 否 否 否 否 否 否
主治医等		氏 名		
		医療機関名		
		所 在 地		
		電 話 番 号		
緊急時の主治医・家族等の連絡先				
指定居宅介護支援事業所、特定相談支援事業所、障害児相談支援事業所の連絡先				
関係機関	連絡先		担当者	備考
保健・福祉サービス等の利用状況				

利用者氏名		看護師等氏名	
		訪問職種	保健師・看護師・准看護師 作業療法士
訪問年月日	年 月 日 () 時 分～ 時 分		
訪問先	自宅 障害福祉サービスを行う施設 福祉ホーム		
食生活、清潔、排泄、睡眠、生活リズム、部屋の整頓等			
精神状態			
服薬等の状況			
作業、対人関係について			
実施した看護内容			
備 考		G A F	
		点 (※月の初日の指定訪問看護時に記載)	
次回の訪問予定日	年 月 日 () 時 分～		